

家族の発熱等症状 付き添いの方の体温( )

年 月 日

フリガナ		今日行く薬局	
お名前		連絡のつく電話番号	
年齢	歳 ヶ月 男・女	体重	kg

※ご家族など身近に新型コロナウイルスの感染兆候のある方が(いる・いない)

初めての症状

前回当院受診からの症状の経過は  良い  変化なし  悪い  検査結果

発熱 いつから( ) 最高( )°C 現在( )°C

解熱薬を使用した 最後に使ったのは( 日 時頃)

咳 いつから( ) 程度は  強い  中  弱い  
いつですか  朝  昼  夜  一日中  就寝時

鼻水あり  昨日から  2日前から  1週間前から  その他( )

鼻づまりあり  昨日から  2日前から  1週間前から  その他( )

便症状  便秘  いつも通り  いつもより軟らかい  下痢  その他( )  
いつから( ) 便の色( ) 回数( )/日  便持参あり

嘔吐 いつから( ) 回数( )/日

吐き気 いつから( )

腹痛 いつから( )

発疹 いつから( ) 部位( )

流行ってる病気はありますか  ご家族  登園/登校先 病名( )

当院で予防接種の予約を取られている方 (予約日 月 日)

その他( )

全身状態はいかがですか?✓をつけて下さい

・食欲  あり  なし  水分は取れる

・機嫌  良い  いつもより悪い  悪い

※ 他に服用されているお薬があればお薬手帳をお出してください